Rok XXXVII. Kraków 4. Czerwca 1898. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Działanie wody miterbadzkiej „*Mitterbad-Wasser*“) w chorobach krwi i innych stanach chorobowych.

podał

Dr. Walenty Jeż.

Dzięki uprzejmości p. Wilhelma Karpa, który, w celu wypróbowania leczniczego działania wody miterbadzkiej, przesłał jej naszemu szpitalowi kilkaset flaszek, miałem sposobność zbadać na dość licznym materyale szpitalnym, jako też na chorych leczonych ambulatoryjnie, własności lecznicze tej wody i, na podstawie mego doświadczenia, mogę ją polecić najusilniej w tych chorobach, w których przetwory żelaza, arsenu lub fosforu są wskazane. Zarazem nadmienić mi wypada, że w ciągu kilkomiesięcznego jej stósowania, w żadnym przypadku nie stwierdziłem jakichkolwiek nieprzyjemnych lub ubocznych przypadłości, któreby odnieść należało do picia tej wody; chorzy bez wyjątku pili ją bardzo chętnie, a z wyników, jakie osiągnąłem, a które w streszczeniu poniżej podaję, widać jasno, jak korzystny wpływ wywierała ona na rozmaite schorzenia.

Woda miterbadzka należy do rzędu tak zwanych wód siarczano-żelazistych i, jako woda lecznicza, bywa zastósowywaną nie tylko wewnętrznie, ale także do kąpiel, a zawartość kwasu węglowego, obok leczenia wewnętrznego, niezaprzeczenie korzystnie wpływa na przebieg leczonych chorób.

Miterbad znajduje się w południowym Tyrolu, w dolinie Ulty, oddalony cztery godziny drogi od Meranu lub Gracu. Leży on 972 m. nad poziomem morza. Woda miterbadzka wytryska z rozpadliny skalnej i tworzy zaraz jakby naturalny zbiornik, wynoszący około 50 ctm. wysokości. Napełnianie flaszek wodą odbywa się wprost z tej naturalnej rozpadliny skalnej, poczem flaszki również na miejscu się korkują, a następnie, w umyślnie na to urządzonym budynku, po odpowiedniem opakowaniu, w świat zostają wysełane.

Rozbioru wody miterbadzkiej dokonał jeszcze w roku 1852 ówczesny prof. Uniw. monachijskiego, Dr. Wittstein. Według tego rozbioru woda miterbadzka zawiera następujące pierwiastki:

FeO	1·378
CaO	1·363
SO_3	5·202
P_2O_5	0·130
SiO_2	0·651
Stałe składniki	8·724
Wolny kwas węglowy . . .	0·417.

Nadto znalazł Wittstein jeszcze MgO, NaO, Cl. W nowszych czasach dokonał rozbioru wody miterbadzkiej Radca dworu, Prof. Dr. Ludwig R. v. Barth i Dr. R. Wegscheider. Według tego rozbioru woda miterbadzka zawiera, na 10,000 części, następujące składniki:

$Na_3\,AsO_3$ . . .	0·0044
$Na_3\,PO_4$ . . .	0·0732
$Na\,NO_3$ . . .	0·0168
$Na\,Cl$	0·0466
$Na_2\,SO_4$ . . .	0·2146
$Cu\,SO_4$	0·0014
$Fe\,SO_4$	1·8122
$Fe_2\,S_3\,O_{12}$ . . .	0·2637
$Al_2\,S_2\,O_9$ . . .	0·4991
$K_2\,SO_4$	0·2915
$Mg\,SO_4$	0·6261
$Ca\,SO_4$	3·7283
$Sr\,SO_4$	0·0080
$Zn\,SO_4$	0·0043
$Mn\,SO_4$ . . .	0·0530
$NH_4\,NO_3$ . . .	0·0184
$Si\,O_3$	0·6804
C	0·0101
CO_2	0·4658
Razem . . .	9·3575

Prócz tego znaleźli oni nadto ślady niklu, kobaltu i litu.

Jak więc z powyższego rozbioru wynika, skład wody miterbadzkiej jest bardzo zbliżony do wód Levico i Srebrenicy (źródło Gubera) i, podobnie jak Levico, Srebrenica i Civillina, zawiera arsen, choć w mniejszej nieco ilości. Również zwraca uwagę Prof. Barth na zawartość kwasu fosforowego, czem tłumaczyć sobie należy dobre wyniki, jakie w krzywicy (Rachitis) można osiągnąć, stósując wodę miterbadzką. Odpowiednio do swych składników woda miterbadzka należy do wód leczniczych w ścisłem tego słowa znaczeniu, zawiera bowiem bardzo ważne składniki lecznicze, jak arsen, żelazo, fosfor i zajmuje pośrednie miejsce między wodą Gubera, a słabszą wodą Levico.

Wodę miterbadzką stósowałem w ten sposób, że flaszkę, zawierającą $^3/_8$ litra, wypijali chorzy w przeciągu jednego dnia, pijąc przed spożywaniem głównych pokarmów. Rozumie się samo przez się, że u dzieci stósowałem dawki o połowę mniejsze, a więc flaszka wody miterbadzkiej starczyła dzieciom na 2—3 dni. Dobrze jest przed użyciem wodę nieco ochłodzić. Co się tyczy dyety, jaką wśród picia wody miterbadzkiej polecałem, to, opierając się na licznym szeregu doświadczeń, nabrałem przekonania, że chorzy, pijąc wodę miterbadzką, mogą w ogóle wszystkie pokarmy spożywać, nie krępując się zupełnie wodą. Sądzę nawet, że przepisy-

wanie jakichś specyalnych dyet, lub zakazywanie tych lub owych pokarmów wśród picia wód, zawierających arsen, żelazo i fosfor, zupełnie jest nieuzasadnione; to samo odnosi się i do podawania przetworów żelezistych, przy stósowaniu których chorzy mogą, bez jakiegokolwiek ograniczenia, zwykłą codzienną dyetę zachowywać. Ani razu nie mogłem przekonać się, by chorzy skutkiem takiego polecenia, skarżyć się mieli na jakiekolwiek przypadłości żołądkowo kiszkowe i dlatego wodę miterbadzką bez jakichkolwiek ograniczeń dyety śmiało podawać można. Nie mniej podnieść należy, że woda ta niema żadnego wpływu na zęby i że wśród jej picia, nie ulegają zupełnie zepsuciu, a picie zapomocą rurek jest zupełnie zbyteczne.

Prócz picia wody miterbadzkiej i zwykłej dyety szpitalnej nie podawałem mym chorym żadnych innych przetworów i, dla ocenienia otrzymanych wyników, pozwolę sobie w krótkości podać niektóre przykłady z historyj chorób.

Blednica (chlorosis).

1) Chora, 18 lat licząca, skarży się od dwóch tygodni na zawroty głowy, puste odbijania, uczucie gniecenia w żołądku, męczenie się przy pracy i ogólne osłabienie. Od tego też czasu zauważyła znaczną bladość skóry. Miesiączkowanie w nieregularnych odstępach czasu, połączone z tępymi bólami. Badanie wykazało: bladość powłok skórnych i śluzowych, język nieznacznie obłożony, buczenie nad żyłami szyjnemi. W sercu szmery niedokrewnościowe. Badanie krwi wykazało: krew blada, ciałka czerwone nierównej wielkości, tu i owdzie ciałka czerwone z wypustkami.

Ilość ciałek czerwonych . . . 3,250,000
" " białych 8,600
Ilość hemoglobiny . . . . . 45% (Gowers).

Po 2-ch tygodniach używania wody miterbadzkiej zawroty głowy i przypadłości żołądkowe ustąpiły, buczenie nad żyłami szyjnemi bardzo nieznaczne. Szmerów niedokrewnościowych brak. Badanie krwi wykazywało bardzo znaczną poprawę tak w preparatach krwi świeżej, jako też barwionej sposobem Ehrlicha.

Ilość ciałek czerwonych . . . 4.120,000
" » białych 9,350
Ilość hemoglobiny . . . , . 58% (Gowers).

Chora pozostawała w szpitalu jeszcze jeden tydzień, tak, że całe leczenie wynosiło 3 tygodnie. Wśród tego wypiła 29 flaszek wody miterbadzkiej, po czem czuła się zupełnie zdrową, skóra przybrała barwę naturalną, szmery niedokrewnościowe, jako też buczenie nad żyłami szyjnemi, zniknęło.

Po wypiciu 29 flaszek wody miterbadzkiej, badanie krwi wykazywało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 4,310,000
» » białych 6,500
Ilość hemoglobiny . . . . . 78% (Gowers).

Jak więc widzimy, w przypadku tym, po wyżyciu 29 flaszek wody miterbadzkiej, poprawa hemoglobiny wynosiła 33% (w dniu przyjęcia 45%, w dniu wyjścia ze szpitala 78%).

2) Pacyentka 16-letnia, przed rokiem miała już przebyć blednicę, trwającą wówczas koło dwóch miesięcy: obecnie od miesiąca czuje się osłabioną, ospałą, niechętną do pracy; skarży się na szum w uszach, zawroty głowy, bicie serca i ogólne osłabienie. Chora o powłokach skóry bardzo bladych, u której badanie krwi wykazywało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 2,350,000
» » białych 12,000
Ilość hemoglobiny . . . . . 40% (Gowers).

Chora w ciągu trzechtygodniowego leczenia wypiła 20 flaszek wody miterbadzkiej i wyżyła około 100 pigułek Blanda. Wynik leczenia po trzech tygodniach był zdumiewający, chora czuła się zupełnie zdrową, wesołą, przybrała na wadze i miała wejrzenie zupełnie zdrowej osoby.

Badanie krwi wykazało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 4,500,000
Ilość hemoglobiny . . . . . 83% (Gowers).

W ciągu leczenia nie zauważono żadnych przypadłości, któreby odnieść należało czy to do picia wody miterbadzkiej, czy też do zażywania pigułek, a łaknienie było zawsze zadowalniające.

3) przypadek:
Przed podaniem wody miterbadzkiej:
Ilość ciałek czerwonych . . . 3,320.000
Ilość hemoglobiny 45%
Po wyżyciu 15 flaszek
Ilość hemoglobiny . . . . . 75%.

4) przypadek:
Przed podaniem wody miterbadzkiej:
Ilość hemoglobiny . . . . . 38%.
Po wypiciu 25 flaszek wody miterbadzkiej:
Ilość hemoglobiny . . . . . 68%.

Niedokrewność (Anaemia).

Pacyentka przed 2 tygodniami poroniła, przyczem, jak podaje, miała utracić znaczną ilość krwi, a skutkiem znacznego osłabienia zgłosiła się do szpitala.

Badanie krwi wykazało krew bladą, dosyć liczne ciałka czerwone z wypustkami (poikilocyty). Barwienie sposobem Ehrlicha wykazało liczne normoblasty.

Ilość ciałek czerwonych . . . 3,500,000
Ilość ciałek białych 12,000
Ilość hemoglobiny 55%

W ciągu leczenia wyżyła chora 15 flaszek wody miterbadzkiej, przyczem, czując się zdrową, opuściła zakład.

Badanie krwi wykazało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 4,800,000
Ilość ciałek białych 9,800
Ilość hemoglobiny . . . . . 79%.

W preparatach krwi świeżej, jako też barwnych, miała ona wejrzenie krwi prawidłowej.

W innym przypadku, gdzie n. p. po krwotoku, skutkiem krwawnic (hemoroidów), przyczem pacyent kilkakrotnie utracił bardzo znaczną ilość krwi, a u którego badanie krwi wykazywało ciałka czerwone w ilości 3,200,000, ilość hemoglobiny 38%, regeneracya krwi następowała bardzo szybko tak, że w przeciągu tygodnia, po wypiciu około 10 flaszek wody miterbadzkiej, ilość ciałek czerwonych wynosiła 5,000,000, z ilością hemoglobiny, wynoszącą 75%.

Również bardzo znaczne polepszenie widziałem w okresie wyzdrowienia po ostrym gośccu stawowym, jako też po durze brzusznym. Wiadomą jest rzeczą, jak w niektórych przypadkach ostrego gośćca stawowego cierpi przedewszystkiem krew. Już wśród jego przebiegu, a jeszcze bardziej w okresie ozdrowienia, chorzy wyglądają „jakby kropli krwi nie mieli“; takie też przypadki należą nie tylko do bardzo ciężkich, ale zarazem wystawiają cierpliwość lekarza i chorego na ciężką próbę. Zaledwie ustąpią objawy zapalenia stawów i ciepłota powróci do normy, a już za parę dni sprawa zaczyna się na nowo zaostrzać i w tych przypadkach, jak to miałem sposobność spostrzegać, podawanie najrozmaitszych leków swoistych przeciwkogośćcowych mało odnosi skutku. W takich to przypadkach zacząłem, obok przetworów salicylowych, podawać wodę miterbadzką. Wyniki jak do dziś dnia, bardzo dobre. W miarę poprawienia się składników krwi, i przebieg choroby również stawał się łagodniejszy, nawroty choroby były coraz rzadsze i w końcu chorzy mogli, jako wyleczeni, zakład opuścić.

Również u ozdrowieńców po durze brzusznym, wśród którego przyszło do krwotoków jelitowych, a chorzy utracili znaczną ilość krwi, powrót do zdrowia i regeneracya krwi przez podawanie wody miterbadzkiej daleko szybciej następowała, aniżeli w tych przypadkach, w których chorym wody nie podawałem; chorzy pili ją bardzo chętnie, nie okazując żadnych przypadłości żołądkowo-kiszkowych.

Ambulatoryjnie miałem sposobność podawać wodę miterbadzką u dzieci zołzowych, dotkniętych obrzmieniem gruczołów szyjnych, o bladem wejrzeniu i jakby nalanych policzkach, cierpiących na swoiste zapalenie spojówek oka. Pacyentom tym, prócz pożywnej dyety i przebywania dużo na świeżem powietrzu, podawałem, stósownie do przypadku, 20—30 flaszek wody miterbadzkiej. Wśród takiego leczenia ogólne wejrzenie dzieci znacznie się poprawiało, w niektórych przypadkach gruczoły widocznie malały; chorzy, skarżący się przedtem na brak łaknienia, doznawali znacznej poprawy i w tym kierunku sprawy miejscowe, przy odpowiednem leczeniu, znacznie wcześniej ustępowały. Z pomiędzy wielu przypadków w jednym tylko zauważyć mogłem, że mały pacyent nie znosił dobrze wody miterbadzkiej i dosyć często skarżył się na bóle brzucha i rozwolnienie. W każdym razie był to przypadek, gdzie również płuca sprawą swoistą były zajęte.

Nie mogę również przemilczeć przypadków neurastenii i macinnictwa u pacyentów z podupadłem odżywieniem, u których badanie krwi wykazywało mniejszy lub większy stopień niedokrewności. Tak n. p. 16-letnia chora, cierpiąca od kilku miesięcy na napady macinnicze, o wejrzeniu bladem, odżywieniu podupadłem, a u której badanie krwi wykazywało 50% hemoglobiny, obok 3.500,000 ciałek czerwonych, a przytem cierpiała często na bóle i zawroty głowy, wśród podawania wody miterbadzkiej i poprawienia się ogólnego stanu odżywienia, również i inne przypadłości uległy polepszeniu, bóle głowy ustąpiły zupełnie, a napady stawały się coraz rzadsze. Pacyentka wypiła 35 flaszek wody miterbadzkiej poczem badanie krwi wykazało bardzo znaczne polepszenie; ilość hemoglobiny wzrosła do 78%, a liczba ciałek czerwonych wynosiła 4,800,000. Napady więcej się nie powtórzyły tak, że chora, po miesięcznej obserwacyi, nie skarżąc się na żadne dolegliwości, zakład opuściła.

Również z dobrym wynikiem podawałem wodę miterbadzką w przypadkach zimnicy, jak niemniej w chorobach skóry (psoriasis), i z wyników otrzymanych w tych chorobach, mogę tylko zachęcić do stósowania tej wody. Nadmienić mi jednak wypada, że, obok wody miterbadzkiej, leczono tych chorych specyalnie; lecz z drugiej strony czas trwania choroby, jako też czas ozdrowienia, trwał daleko krócej, aniżeli w przypadkach, w których wody nie podawałem.

Śmiało tedy powiedzieć możemy, że woda miterbadzka, stósowana w tych przypadkach, w których podawanie żelaza, arsenu i fosforu jest wskazane, oddaje znakomite usługi; a podawana nawet przez czas dłuższy, tak u dorosłych, jako też i u dzieci, nie wywołuje żadnych ubocznych przypadłości. W szczególności zaś, jak to wyżej przytoczone przykłady wskazują, w chorobach, jak blednica, niedokrewność, w ogóle w chorobach, których główna przyczyna tkwi w wadliwym składzie krwi, dalej w okresie pokwitania, woda miterbadzka, ze względu na swe działanie, nie ustępuje zupełnie innym wodom, o składnikach tych samych co ona; a mała zawartość arsenu jest powodem, że w przypadkach n. p. blednicy, u osób z nadmierną ilością tłuszczu, u których większe dawki arsenu i wody o znacznej zawartości arsenu są przeciwskazane, woda miterbadzka zajmuje pierwsze miejsce.

Liczne przypadki, w których podawaliśmy wodę miterbadzką, a które powyżej w krótkim wyciągu podałem, dobitnie świadczą o korzystnem jej działaniu, co, obok nader przystępnej ceny, jest powodem, że woda miterbadzka ze wszechmiar na polecenie zasługuje.

II. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych typu nadnercza.

(Z Zakładu anatomii patolog. prof. Obrzuta we Lwowie)

napisał

Dr. Paweł L. Kučera,
asystent instytutu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Badanie mikroskopowe nowotworu pierwotnego i przerzutów wykazało:

Torebka guza składa się z tkanki łącznej, której włókna przebiegają nieco falisto i równolegle z obwodem, są dosyć ubogie w jądra i na licznych miejscach rozstępują się, by pomieścić pomiędzy sobą rozszerzone cienkościenne naczynia. Na miejscach, gdzie, jak wyżej powiedziałem, na powierzchni znajdują się cząstki tkanki nerkowej, torebka ta zachowana i na tych miejscach, jednak odgraniczenie guza od tkanki nerkowej nie jest zbyt ostre, gdyż tkanka łączna z torebki guza łączy się bez nagłego przejścia z delikatniejszą międzymiąższową nowowytworzoną tkanką łączną nerki. Ta ostatnia bowiem przedstawia bardzo wybitny obraz przewlocznego śródmiąższowego zapalenia nerki, tylko gdzie nie gdzie ze śladem nacieku drobnokomórkowego. Tu i owdzie widać w niej gromady, a raczej szeregi komórek przybłonkowych, jako pozostałość po kanalikach i wyraźne, miejscami dobrze zachowane, miejscami szkliście zwyrodniałe, lub przez *glomerulocapsulitis fibrosa* zniszczone, kłębki. Zmiany te najwybitniejsze są na granicy nowotworu, do którego one miejscami bezpośrednio sięgają — bez żadnego przedzielenia torebką łącznotkankową. — a nawet miejscami zachodzi taki stosunek, że wypustki tej nowowytworzonej tkanki łącznej wciskają się z resztkami kłębków pomiędzy miąższ nowotworu; w innem znów miejscu natomiast, w zmienionej tkance nerkowej, widać niedaleko od granicy odosobnione ognisko komórek nowotworowych.

Od opisanej torebki wychodzą pod rozmaitymi kątami, w kierunku do środka nowotworu, beleczki tkanki łącznej, tej samej prawie grubości co torebka, lub cieńsze, i dzielą cały guz na sieć o wielkich, już nie uzbrojonem okiem widzialnych, okach. Jedne przebiegają jednostajnie od obwodu aż do środka, gdzie w tkance nekrotycznej nawet makroskopowo przedstawiają się jako owe zbite, jednorodne, blade przegródki. Niektóre z nich zbaczają tylko pod ostrym kątem od torebki i odcinają skrawek miąższu guza, na sposób siecznej. Grubsze te belki dają początek mniejszym bocznym przegródkom, które w rozmaitych kierunkach splatając się, tworzą miejscami budowę podobną do siatkowatej w płucach, lub okrągło-siatkowatej; gdzieindziej znów drugorzędne te przegródki trzymają się kierunku głównych gałęzi, są cieniutkie zwykle okazujące tylko jeden szereg wązkich, łącznotkankowych jąder, i wytwarzają w ten sposób budowę cewkowatą. W przegródkach tych przebiegają liczne, silnie nastrzykane lub też opadnięte naczynia włosowate.

Światło tych rozmaitych alweolów i cewek wypełnione jest właściwemi komórkami nowotworowemi. Są one wielkie, wielokątne, miejscami przypominają komórki wątrobowe, rzadziej okrągłe lub walcowate, o plazmie jednolitej, barwiącej się eozyną, o 1, rzadko 2 okrągłych lub owalnych jądrach z chromatyną, ułożoną w rzadką sieć i z 1 wyraźnem jąderkiem. Jednak komórki tego rodzaju przedstawiają mniejszą tylko część miąższu nowotworowego. Pomiędzy niemi znajdują się takie, których plazma zawiera jednę lub cały szereg małych jameczek (wakuoi), zupełnie przeźroczystych, oddzielonych od siebie wąziutkiemi resztkami plazmy, wskutek czego jądro, z nieznacznem tylko otoczeniem plazmy, znajduje się w środku komórki, lub też na boku, koło błony komórkowej; w innych znów, zupełnie na kształt ko-

mórek rzeczywistej tkanki tłuszczowej, jedna wielka jamka wypełnia całe ciało komórki, jądro zaś, wyparte, spłaszczone, znajduje się na obwodzie. Nie ulega wątpliwości, że jamki (wakuole) te należy uważać za utwory powstałe przez wypłókanie (wyskokiem i eterem) tłuszczu znajdującego się na tych miejscach. Z tego drugiego rodzaju komórek składa się właśnie przeważna część guza.

Komórki te, jedna obok drugiej, ułożone są na owych łącznotkankowych przegródkach, lub też wprost na śródbłonku naczyń włosowatych, bez żadnej przegrody błony własnej, i wypełniają całe światło jamki lub cewki, w których są one ułożone najczęściej w 2 szeregi. Nigdzie w gromadach tych nie widać światła, któreby było ograniczone prawidłowym szeregiem komórek; gdzie zaś widać w nich przestwory puste, — na podobieństwo światła, — tam ono jest albo pozornem albo powstałem przez zwyrodnienie. Mianowicie zdarza się w mniejszych alweolach, że wprawdzie całe światło wypełnione jest komórkami, jednak można na nich odróżnić 2 części: część podstawową, znajdującą się przy przegródce z jądrem i resztką plazmy, i część ośrodkową zajętą przez wielką jamkę (wakuolę). W środku alweoli te jamki wszystkich komórek przylegają do siebie tak, że pozorne światło alweoli podzielone jest wąziutkiemi resztkami błon komórkowych, część zaś podstawowa wydaje się niby wyściółką rzekomego światła alweoli, lub przewodu cewki. W większych zaś alweolach, położonych bardziej w środku nowotworu, części środkowe są zupełnie puste, lub niezupełnie wypełnione masami rozpadłemi i ograniczone resztkami ztłuszczonych komórek, ułożonych w jednym lub kilku szeregach nad sobą. Wytwarzanie się światła w alweolach, w tych częściach środkowych guza, jest w ścisłym związku z zachowaniem się krążenia krwi. Wyżej już wspomniałem, że naczynia krwionośne, mają nadzwyczaj cieniutką ścianę, i że na wielu miejscach komórki wprost są osadzone na ich śródbłonkach; nieraz nawet zachodzi taki stosunek, iż widzi się ciałka czerwone rozmieszczone luźnie pomiędzy samemi komórkami nowotworu, co jednak nie robi wrażenia wynaczynionki, — bo zmian wstecznych niema, — lecz wprost, jakby komórki te same, bez śródbłonka, wyścielały drogę krwi. Łatwo więc sobie wyobrazić, że gdzie takie cienkie ściany naczyń, to małe już zaburzenie krążenia wystarcza do spowodowania wynaczynionki, która często następuje do środka alweoli, niszcząc komórki, i wytwarzając w nich później, przy swoim rozpadzie, światło. A cała część środkowa guza, pomiędzy mniej więcej zachowanemi beleczkami tkanki łącznej, przedstawia się jako wynaczynionki i zakrzepy w rozmaitych stopniach organizacyi i rozpadu, pomieszane z resztkami miąższu nowotworowego, w którym liczne nieprawidłowe drobne ziarnka, barwiące się jak jądra, świadczą o przebytej tutaj sprawie *karyorrhexis*.

Przerzuty w płucach: Obraz mikroskopowy przerzutów tych w gruncie rzeczy nie wiele się różni od nowotworu pierwotnego, z tą chyba różnicą, że w płucach tylko w guzach znaczniejszej wielkości dochodzi do martwicy (nekrozy) środka; większa zaś ich część ma budowę dobrze zachowaną i dosyć prostą. Na powierzchni guzów tych, zwłaszcza większych, znajduje się wyraźna łącznotkankowa unaczyniona torebka, która na mniejszych z nich mniej jest zbita i pozwala na licznych miejscach miąższowi przerzutu dochodzić aż do tkanki płucnej; oba utkania jednak dobrze można wszędzie rozróżnić. Budowa guzków, w częściach obwodowych, jest o wiele gęstsza, niżeli w środku, gdzie już makroskopowo widać nadzwyczaj rozszerzone i nastrzykane naczynia o ścianach cienkich, wyścielonych przybłonkiem, miejscami skrzepem zatkane. Owa gęstsza część obwodowa, najbardziej zajmująca, przedstawia tuż pod torebką budowę alweoli okrągłych, lub wydłużonych w kierunku do środka. Im dalej do środka, tem więcej przeważa ten ostatni wymiar, tak, iż budowa zupełnie zbliża się do cewkowatej, lecz cewki są bez światła. Regularne to uporządkowanie w partyach ośrodkowych ustępuje budowie o charakterze więcej jednostajnym, w której nieraz trudno odróżnić przebieg beleczek łącznotkankowych. Przegródki te, tak w owej alweolarnej jak cewkowatej warstwie, są utworzone z wąziutkich wypustek tkanki łącznej, w których to przebiegają mocno nastrzykane naczynia włosowate. Komórki, ułożone w tej sieci, prawie w całym przerzucie mają to samo wejrzenie i są podobne do komórek guza pierwotnego, zawierając obfitą ilość tłuszczu, (teraz już wypłókanego). I napotykamy nieraz taką budowę komórki, że jądro z resztką plazmy w środku komórki wydaje się jakby w sieci pajęczyny zawieszone na promieniach pierwoszczy, oddzielającej pojedyńcze jamki (wakuole). Wzajemny stosunek komórek i ułożenie ich bezpośrednio na naczyniach włosowatych jest takie same, jak je opisano w pierwotnym guzie. W owych partyach środkowych, gdzie, jak powiedziałem, niewyraźne są przegródki łącznotkankowe, i naczynia włosowate opadnięte, zawartość tłuszczu w komórkach do takiego dochodzi stopnia, iż jądro, będąc wyparte ku obwodowi, zostaje uciśnięte, wskutek czego tkanka na tym miejscu zbliża się do wejrzenia zwykłego utkania tłuszczowego. Co do liczby komórek, to w alweolach zwykle bywa ich po 3—5—7 w cewkach najczęściej 2 szeregi, rzadziej 1 lub więcej niż dwa. Im bliżej środka, tem więcej rośnie ilość tych szeregów, a ponieważ zarazem szeregi, w środku cewki ułożone, mają plazmę zupełnie stłuszczoną i miejscami są rozpadłe, dają obraz rzekomych lub rzeczywistych świateł.

Przerzuty w wątrobie podobne są do płucnych: Taka sama unaczyniona torebka na powierzchni z licznymi, dotychczas zagadkowymi, utworami, które znane są z obrazów drobnowidowych marskości wątroby, pod nazwą kanalików żółciowych wrzekomych. Bezpośrednio poza torebką miąższ wątroby uciśnięty, dalej zaś znajduje się on w stanie znacznego stwardnienia i nieraz tak blisko leżą koło siebie oba utkania, że z jednej strony rozszerzonej sieci nacz włosowatych wewnątrzzrazikowych znajduje się szereg zwężonych, wciśniętych komórek wątrobowych o plazmie barwiącej się dobrze eozyną, z drugiej znów strony jasne, wielkie komórki guza. Nigdzie jednak jakiegoś przejścia między oboma nie widać.

Przerzut w żyle głównej okazuje przy badaniu mikroskopowem budowę zupełnie podobną do tkanki nowotworowej jak ona się naprzykład przedstawia w przerzutach płucnych; tylko naczyń tutaj mniej, i są one mniej nastrzykane. Utkanie nowotworowe przerzutu tego sięga aż do zewnętrznych warstw błony przybyszowej, z której prawdopodobnie wychodzi, co można wnosić z tego, że na szypułce i powierzchni jego jest wązka pochewka podniesionej przez rozrost guza błony wewnętrznej z włóknami sprężystemi. Co do owego czopka w moczowodzie, to stosunek jego do ścian zupełnie się zgadza z obrazem makroskopowym; przybłonek moczowodu, zredukowany na większej przestrzeni na jednowarstwowy, mniej więcej sześcienny. Istota zatyczki samej utworzona jest przez skrzep krwi na obwodzie, zorganizowany w jednostajną, szklistą, ubogą w jądra tkankę łączną, w środku zawierający masy włóknikowe i martwicowe (nekrotyczne) z nielicznemi, co do budowy źle zachowanemi i porozrzucanemi komórkami nowotworu.

Obraz ten robi wrażenie, jak gdyby w górnej części, — przy miedniczce nerkowej, — gdzie tkanka nowotworowa przebiła ścianę moczowodu, trwało przez czas dłuższy krwawienie; krew ściekająca odnosiła ze sobą komórki tkanki nowotworowej i stopniowo organizowała się w skrzep. Dodać winienem do badania drobnowidowego, że na wszystkich preparatach znajdywałem najwięcej w pierwotnym guzie tu i owdzie naczynia włosowate, wypełnione koloniami paciorkowców, miejscami, w rozpadłych częściach, luźnie ułożonych, posocznicę paciorkowcową, której punktu wyjścia napróżno szukałem.

Pragnę teraz udowodnić, dlaczego macierzystej siedziby naszego nowotworu trzeba szukać w tkance nadnercza. Według Grawitza, do rozpoznania tego, potrzeba mieć następujących 6 punktów: 1) ułożenie nowotworu tuż pod torebką; 2) zupełna odrębność komórek nowotworowych od przybłonków nerkowych, bez żadnego przejścia; 3) treść komórek nowotworowych — nacieczenie tłuszczowe, — objaw nieznany w nerkach; 4) nowotwór oddzielony torebką od resztki nerki; 5) stosunek komórek do tkanki łącznej przedstawia się taki, jak w nadnerczu; 6) Równoczesne zwyrodnienia skrobiowate naczyń nowotworu i nadnercza. Co do punktu 1, to warunek ten dotyczyć może tylko guzów niezłośliwych, w przeciwnym bowiem razie, jak i w następnym przypadku, gdy większa część nerki zniszczona, trudno szukać pierwotnej siedziby guza w nerce, i trzeba poprzestać na stwierdzeniu faktu, że gdzie nad tkanką nowotworu zachowane były resztki nerki, to zawsze, — szczególnie w części górnej, — z kłębuszkami, jako wskazówką warstwy powierzchownej.

Na punkt 2.) trzeba położyć znaczny nacisk ze względu

na tych, którzy nowotwory Grawitza uważają (Sudeck) za gruczolaki nerki. W naszym przypadku mikroskop odpowiada żądaniu Grawitza. 3) Obfitość tłuszczu w komórkach nowotworu jest zjawiskiem, które odrazu uderza, i ono właśnie powoduje jasne ich wejrzenie i przeźroczystość. Grawitz uważa ją za nacieczenie, Sudeck za zwyrodnienie wskutek zaburzeń w krążeniu i w odżywieniu. Z tego jednak względu, że nawet w najmniejszych przerzutach, nieokazujących nigdzie znaku rozpadu, komórki wypełnione są tłuszczem, twierdzenie jego jest nieprawdopodobnem. Inni znów uważają to za objaw fizyologiczny, właściwy tkance nadnercza. Tak i tu mogłem się przekonać, że w obu tych utkaniach (nowotworu i nadnercza) tłuszcz znajduje się tak w kształcie drobnych, rozsianych w plazmie kulek (właściwie na naszych preparatach jamki), jak i w kształcie wielkich, całą komórkę wypełniających kropli. 4) Grawitz sam nie widzi w ścisłem odgraniczeniu na wszystkich miejscach warunku koniecznego, a z rysunków jego widać, że są miejsca, gdzie obie tkanki w styczność wchodzą. W guzie naszym rzeczywiście widać na większej części powierzchni wyżej opisaną torebkę łącznotkankową, wchodzącą pomiędzy nerkę i nowotwór; jednak nie brak i takich miejsc, gdzie oba utkania przerastają się, a raczej bym powiedział, gdzie nowotwór wrasta w nerkę zmienioną, co nie jest dziwnem przy jego złośliwości. 5) Już w opisie widzieliśmy, że na wielu miejscach komórki guza bezpośrednio są usadowione na śródbłonkach naczyń, co zupełnie zgadza się z budową nadnercza. Jednak tłómaczenie takie budowy jest bronią dosyć obosieczną, skoro Hildebrand w tym właśnie ścisłym stosunku widzi dowód pochodzenia nowotworów tych z śród- i nabłonkow. (endo- i perithelium). Co do 6), to zwyrodnienia skrobiowatego nie stwierdziłem. Ze wszystkich cech tutaj wymienionych żadna jednak z osobna niewystarcza do zupełnego określenia, tylko całość ich jest cechująca, gdyż jak z opisu Rickera[9]) wynika, nawet zawartość tłuszczu w komórkach i umieszczenie ich bezpośrednio na ścianie naczyń włosowatych, znajdywane bywają i w rzeczywistych torbielach nerkowych — (jego trabecularne kystomy); — z drugiej znów strony brak tłuszczu i wytwarzanie się torbieli na pozór zupełnie analogicznych z nerkowymi, nie przemawia przeciw pochodzeniu z nadnercza. Z prac bowiem Marchanda, Askanazyego i Manassego widać, że i tkanka nadnercza może dać początek utworom przerostowym budowy gruczolaków, nawet wyścielonych jak tkanka nerki komórkami walcowatemi. W naszym przypadku jednak nie można i tego zarzutu podnieść, gdyż wszystkie torbiele tu się znajdujące, nie są w rzeczywistości torbielami i powstają tylko przez rozpad środka dawniej wypełnionej alweoli. Tam gdzie rozpad dotyczy i części przegródki dwóch sąsiednich alweoli powstaje obraz brodawek, pokrytych komórkami, w jednym lub więcej rzędach, — rzecz nastęþcza bez znaczenia dla pochodzenia i klasyfikacyi.

Starałem się wykazać także w przypadku naszym glikogen, stosując metodę Weigerta przez Lubarscha przytoczoną, oraz metodę jodową, — jakkolwiek obecność glikogenu, jak już powiedziałem, nie jest rozstrzygająca; — pokazało się jednak, że metody konserwacyjne (sublimat, formalina), gdzie preparaty długo wchodziły w styczność z wodą, były nieodpowiednie.

Natomiast mogłem się przekonać na preparatach z pierwotnego guza, — również za wskazówką Lubarscha, — o wielkich utworach plazmatycznych, z wielu jądrami, komórkach olbrzymich, prócz tego znajdywałem komórki rzeczywiście znacznych rozmiarów z jednem jądrem, miejscami hiperchromatycznem, ułożone, jak i poprzednie, w alweolach między innemi, albo osobno. Pochodzenie ich i znaczenie trudno tutaj określić. To tylko mi się zdaje, że innem jest niżeli w ziarniniakach zakaźnych, gdyż pochodzenie ich z krwi wydaje mi się w tym przypadku nieprawdopodobnem.

Na jeden jeszcze objaw należy szczególnie zwrócić uwagę, mianowicie na obfitość naczyń w tym nowotworze, fakt, który tu chyba dał powód do rozpoznania klinicznego: *Angiosarcoma*. Sam Grawitz już przytacza, że zwykle *Struma suprarenalis Virchowa* ma w środku rozstrzeń naczyń włosowatych z wynaczynionką, i że to samo znajdujemy i w *struma aberrata* w nerce i w nowotworach złośliwych tego rodzaju. Dr. D'Aiutolo (według Gattiego) widzi w obfitości naczyń poparcie teoryi Grawitza, ponieważ w nadnerczu, jak i w naszych nowotworach unaczynienie na obwodzie jest większe, niżeli w części środkowej. Jeszcze dalej poszedł de Paoli i Hildebrand, jak wyżej nadmieniłem: pierwszy nazywając *angiosarcoma*, drugi *endo* czy *perithelioma*. Rozpoznanie swoje opiera Hildebrand na obfitości naczyń, ścisłym związku śródbłonków lub przybłonków (endo- i perithelium) z komórkami nowotworu i obrazach przejściowych między oboma, a w wywodach swoich tak daleko idzie, że widząc analogię między nowotworem i nadnerczem, raczej chciałby uważać to ostatnie za jakiś fizyologiczny *endo-* lub *perithelioma*, niżeli porzucić myśl powstania komórek nowotworu z przybłonka naczyń. Jakkolwiek nadzwyczaj dokładnie i sumiennie stara się poprzeć swoje zapatrywanie, to fakt, że zawsze znajdywałem różnicę między komórkami, wyścielającemi naczynia włosowate i komórkami nowotworu, że nie widziałem przestworów chłonnych naokoło naczyń, wypełnionych komórkami nowotworowemi i kompletne podobieństwo do utkania nadnercza, nie pozwalają mi przyłączyć się do jego zdania.

Budowa nowotworu tego i jego przerzutów, tak idzie daleko w podobieństwie do tkanki nadnercza — i to pasa kłębuszków, — iż na niektórych miejscach, nie widząc reszty, nie wahał by się nikt z rozpoznaniem nadnercza. Rzadko kiedy jakiś gruczolak tak wierną ma budowę swojej tkanki macierzystej, jak właśnie ten szereg nowotworów, które, jeżeli nadnercze uważamy za gruczoł, można by uważać za jego gruczolak *kat'exochen*. A to właśnie nie pozwala nam także zaliczyć nowotworów tych, choćby złośliwych, między raki. U innych bowiem gruczolaków, z chwilą, gdy one stają się złośliwymi, coraz to więcej oddala się budowa od tkanki pierwotnej i przybiera cechę bujania „atypowego“, podczas gdy tu nowotwór we wszystkich przerzutach zostaje tożsamym; nigdzie nie widać typowego dla raka szerzenia się zapomocą czopków, nigdzie podścielisko zajętego narządu nie służy za podścielisko nowotworowi.

Guzy te tworzą gromadę dobrze określoną, nawet w postaciach złośliwych i, zdaje mi się, że możnaby je z Lubarschem nazwać nowotworami „typu nadnercza“.

---

[9]) Cblt. f. Allg. Path. u. path. Anat. Bd. VIII. Nr. 11.

W wielu opisanych przypadkach podnoszą autorowie skłonność wrastania tych nowotworów do żył, co i w naszym przypadku na początku żyły nerkowej stwierdzić można. A na tej drodze, zdaje mi się, jak i Manasse tłómaczy, trzeba szukać sposobu wytwarzania się przerzutów: Pojedyńcze komórki lub ich gromadki, może jeszcze z jakim czynnikiem pasorzytowym, — zniesione bywają do naczyń włosowatych, — ztąd przeważne zajęcie partyj podopłucnowych, gdzie zatrzymują się i rozrastają. Przerzut naścienny, w żyle głównej, chciałbym wytłómaczyć, jako wychodzący ze ściany samej, może z naczynia naczyniowego, nie ze światła żyły, skoro na jego powierzchni wykazać można powłokę *intimy*.

Cała gromada tych nowotworów Grawitza obok Rhabdomyomów (Manasse) i rzeczywistych tłuszczaków nerki (Müller [10]), jest świadectwem, że nie można do pewnego stopnia odrzucić dawnej teoryi Cohnheima, według której każdy nowotwór wychodzi z zarodków zabłąkanych; jednak nie pozwala nam na żadne dalsze uogólnianie tej teoryi, a nawet dla tych nowotworów zawsze jeszcze zastósowaćby można teoryę pasorzytniczą w ten sposób, że pasorzyty znajdują w zarodkach tkanki nadnercza, w miejscu nieodpowiadającem jego znaczeniu fizyologicznemu, *locus minoris resistentiae*. A w ten sposób możnaby również odpowiedzieć Sudeckowi, dlaczego właśnie te zabłąkane kawałki nadnercza, stosunkowo rzadko znajdywane, mają być powodem nowotworów.

Zresztą nic dziwnego, że przy oznaczaniu tych guzów dochodzi do sprzeczności, co do powstawania ich. Łatwo bowiem sobie wytłómaczyć, — a fakta podobne są znane, — iż tak nadnercze z jednej, jak i nerka z drugiej strony, mogą dać początek utworom rozrostowym bardzo podobnym i nawet pokrewnym. Chociaż ostateczna budowa i czynność obu tych narządów zupełnie jest różna, to przecież początek ich zarodkowy zdaje się być jednakowy, gdyż na podstawie badań hr. Spee, Rabla i in., nadnercze, przynajmniej jego część korowa, pochodzi z przybłonka jam opłucnowej i otrzewnej, a według Janošika rozwój jego w ścisłym jest związku z układem moczopłciowym.

Niech mi wolno będzie jeszcze kilka słów dodać o nadmienionych już pasorzytach przy nowotworach złośliwych. Russel dopatruje czynnika etyologicznego raka w ciałkach zwanych *fuchsinofilne*, lub, od jego nazwiska, Russelowskie i za blastomycety uważane. Świeżo dopiero Santelice [11]) po całym szeregu autorów, za i przeciw, broni jego zapatrywania na drodze doświadczalnej. Znajdywałem utwory te w opisanym nowotworze pierwotnym i przerzutach wątrobowych, pojedyńczo i w gromadach, wielkości od ciałka czerwonego do dziesięć razy większych rozmiarów, w alweolach, w przegródkach i w świetle naczyń włosowatych. Wprawdzie przeważnie były umieszczone w częściach obwodowych, lecz w środkowych rozpadłych nie brakło ich. Nie chcę bez dalszych doświadczeń, zwłaszcza że Sanfelice jedynie drogę doświadczenia za prawą uznaje, zwalczać znaczenia ich pasorzytniczego; jednak cechy ich morfologiczne i obrazy przejściowe co do kształtu i co do wielkości, tak znienawidzone przez Lubarscha, dalej barwienia się ich na sposób ciałek czerwonych, aż do wybitnych ciałek fuchsinofilnych, nasuwają pytanie, czy utwory te nie są wytworem przemiany ciałek czerwonych?

[10]) Virch. Arch. Bd 145, 1896.
[11]) Ctlbtt f. Bacteriol. 1898.

III. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

5) Brixa: **O braku oddziaływania źrenicy na światło przy zachowanej wrażliwości świetlnej.** (*Wien. klin. Woch.* s. 301).

Autor opisuje z dokładnością przypadek spostrzegany w klinice okulistycznej w Insbruku, w którym, wskutek skaleczenia oka przez ciało obce, slady wrażliwości świetlnej pozostały, lecz oddziaływanie źrenicy zupełnie zostało utracone; utrata ta odnosiła się zarówno co do *reactio directa*, jak i co do t. zw. *reactio consensualis*. Po roku pacyent mógł liczyć palce na odległość 2 metrów, nerw wzrokowy był w stanie zaniku, a *reactio consensualis* występowała nadzwyczaj leniwie. Przypadek ten, który zainteresował bardzo okulistów i fizyologów, mógłby, zdaniem autora, służyć za dowód, że w nerwie wzrokowym przebiegają dwojakie włókna, mianowicie służące do odbierania wrażeń świetlnych, oraz zawiadujace zwrotnem zwężeniem źrenicy pod wpływem światła czyli wpływające na odruch źrenicy; wobec urazu mechanicznego w opisanem powyżej skaleczeniu więcej odpornie zachowały się włókna ostatniego rodzaju.

---

6) H. Held: **Przyczynek do nauki o obwodowem przewodnictwie słuchowem.** (*Archiv für Anatom. und Physiol.* 5/10 s. 350).

Wiadomo każdemu, jak chętnie większa część fizyologów przechyla się na stronę teoryi Helmholtza, tłómaczącej zdolność odczuwania i odróżniania tonów przez zakończenia nerwu słuchowego. Zdaniem tego autora nietylko cały nerw słuchowy jest obdarzony swoistą energią tak, iż każde jego podrażnienie wywołać może tylko wrażenie słuchowe, lecz nawet każde pojedyńcze włókienko tego nerwu, każde jego zakończenie w narządzie Cortiego, posiada swoiste cechy. Drgania włókien blaszki podstawowej, posiadających różną długość, tak jak struny fortepianowe, udzielają się ustawionym na nich pierwiastkom nerwowym, wprawiając je w stan czynny; a że każde włókno ma być niejako nastrojone na jedno brzmienie o ściśle określonym charakterze, przeto każde takie brzmienie wywołuje stan czynny specyalnego, osobnego zakończenia nerwowego. Przeciw teoryi Helmholtza podnoszono zarzuty, że różnice między włóknami błony podstawowej są zbyt małe, ażeby ich wymiar pozwalał na odróżnianie tej skali tonów, jakie w istocie wprawne ucho rozeznać zdoła; na obronę jednak tego twierdzenia wciągnięto w rachubę wpływ przybłonka, komórek rzęsatych, błony siateczkowatej itp., mogących uwarunkowywać różnice w nastrojeniu włókienek. W ostatnich czasach Held, badając subtelną budowę rozgałęzień obwodowych nerwu słuchowego, znalazł, iż mniejsza lub większa liczba komórek rzęsatych, dość daleko nieraz od siebie leżących, stoi w związku z jedną komórką zwojową w *ganglion spirale*. Nie wchodząc tu w bliższy opis tych rozgałęzień obwodowych i ubocznych połączeń (anastomoz), podkreślić tylko wypada fakt, że w takim razie pewna liczba drgań różnej wysokości przenosi się w gruncie rzeczy do wspólnej komórki zwojowej i że z powodu różnych przyczyn wprawiona być może w stan czynny zarówno ta komórka, jak i włókno, łączące ją z ośrodkami mózgowymi. Sprzeciwiałoby się to poniekąd teoryi Helmholtza, bo sama budowa anatomiczna przemawia za tem, iż różne brzmienia i dźwięki jedną i tę samą komórkę podra-

żnić mogą. Aby mimoto ochronić teoryę, która bądź co bądź najlepiej ze wszystkich dotychczas istniejących tłómaczy możność odróżniania subtelnych różnic dźwiękowych, podsuwa krytyka fachowa hipotezę, iż podział rozgałęzionych włókien, wśród komórek rzęsatych, opartym jest na matematycznym systemie kombinacyj tak, iż pojedyńczemu podrażnieniu dźwiękowemu odpowiada stan czynny nie specyficznego włókna, lecz bądź co bądź specyficznej kombinacyi nerwowych pierwiastków.

---

7) M. Eberson. **O barwnym smaku.** *(Wien. med. Presse* s. 1541).

Ciekawe samospostrzeżenia autora, nie sprawdzone jeszcze na innych medyach, zasługują, choćby dla samej oryginalności, na wzmiankę. Eberson spostrzegł bowiem, że podczas kosztowania czegoś kwaśnego, odczuwał wrażenie barwy niebieskiej, a czerwono-żółtej, podczas kosztowania rzeczy gorzkich. Naodwrót, widok barwy niebieskiej, a nawet myśl o tej barwie sprawiała mu zawsze wrażenie smakowe kwasu. Krytyka fachowa nie wypowiedziała jeszcze zdania, opartego na większej liczbie doświadczeń; ze stanowiska fizyologicznego przypomnieć jednak można na tem miejscu, iż wrażenia smakowe stoją w ścisłym związku z wrażeniami wzrokowemi, węchowemi i dotykowemi; a czucie, smakiem zwane, wprost zależy w pewnych warunkach nawet od drugorzędnych wrażeń, odebranych współcześnie przez inne zmysły; wszak każdemu wiadomo, że są substancye, które właściwie żadnego smaku nie posiadają, a dla nas mają smak, zależny od czucia lub węchu, i że naodwrót substancye o smaku określonym wydają się nam jego pozbawione, podczas gdy chorujemy n. p. na nieżyt błony węchowej.

Dr. Zanietowski.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Docent Dr. Ludomił Korczyński: **Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych.** *(Medycyna Nr. 19 i 20, r. 1898).* Już Dietl w r. 1858, w „Uwagach nad zdrojowiskami“, zalicza pomiędzy innemi, gruźlicę do chorób, które ze świetnym skutkiem w Szczawnicy leczone być mogą, osobliwie w okresie początkowym, przypisując jednak, w myśl panujących podówczas poglądów, owe świetne wyniki głównie zbawiennemu działaniu samych wód szczawnickich.

Od tego czasu upłynął cały szereg lat; przesuwały się kolejno najrozmaitsze sposoby leczenia tej strasznej choroby, przynosząc zamiast oczekiwanych korzyści, nowe zawody i rozczarowania. Sprawa swoistego leczenia gruźlicy postąpiła bardzo mało naprzód i stanowić ona jeszcze może przez długi czas zagadnienie medycyny. Wobec tego pierwszorzędni klinicyści naszej doby, jak Leyden, Ziemssen, Senator, Gerhard i inni oświadczyli się jednozgodnie, na zeszłorocznym Kongresie w Moskwie, za klimatycznem i higieniczno-dyetetycznem leczeniem gruźlicy.

Autor „Kilku uwag o Szczawnicy“, jest również stanowczym zwolennikiem tego sposobu leczenia suchot płucnych, a ze względu na własności klimatu i położenia stawia Szczawnicę, jako jedna z pierwszych w rzędzie naszych uzdrowisk klimatycznych letnich, gdzie tego rodzaju leczenie można przeprowadzić z największą dla chorego korzyścią.

Szczawnica leży około 500 m. n. p. m., w szerokiej górskiej dolinie, na gruncie nieprzepuszczalnym, a okalające ją prawie ze wszystkich stron góry sprawiają, że siła wiatrów przeważnie jest nieznaczna. Klimat umiarkowany o średniej ciepłocie rocznej 6.5° C.; nieznaczne różnice ciśnienia barometrycznego między najwyższem a najniższem ciśnieniem miesięcznem w porze letniej; ilość pary wodnej w powietrzu, ze względu na sąsiedztwo Dunajca i jego dopływów, wyższa aniżeli by to wzniesieniu n. p. m. i ciśnieniu barometrycznemu odpowiadało, a wreszcie dobre stosunki zdrowotne i brak wszelkich chorób endemicznych, stwarzają warunki, zdolne podnieść czynności odżywcze ustroju, zwiększyć energię tkanek i pobudzać przemianę pierwiastków, a tem samem zwiększyć jego odporność. Do najwdzięczniejszych przypadków, nadających się do leczenia w Szczawnicy, zalicza autor gruźlicę we wczesnym okresie rozwoju, z niezbyt znacznemi zmianami. W takich przypadkach, już w czasie stosunkowo dość krótkim, może wystąpić znaczna poprawa stanu ogólnego chorych: objawy przedmiotowe, jak kaszel, gorączka, dreszcze i poty ustępują rychło, łaknienie się poprawia, trawienie staje się żywszem, skład krwi poprawia się znakomicie również, chorzy nabierają sił, przybierają na wadze, a po kilku tygodniach zmienia się ich wejrzenie na korzyść do niepoznania. Znaczną poprawę stwierdził również autor u chorych gruźliczych z dalej posuniętemi zmianami, a przypisuje ją wpływowi dodatniemu dłuższego pobytu w Szczawnicy na stan ogólny, a często i na sprawę miejscowa w płucach. Spostrzeżenia te mogą być dowodem, że sprawa gruźlicza, jeśli nie zupełnie usunięta, to przynajmniej na dłuższy czas może być wstrzymaną w swoim rozwoju.

Co do powikłań przyrody niegruźliczej, to, zdaniem autora, niektóre z nich, jak cierpienia narządu krążenia w okresie wyrównania, nieżyty żołądka i jelit, nieżyt przewodów żółciowych, dróg moczowych, niektóre zboczenia w przemianie materyi, a osobliwie tak często towarzyszące gruźlicy płuc uporczywe nieżyty błony śluzowej dróg oddechowych, stanowią do pewnego stopnia wskazania dla Szczawnicy, tak ze względu na jej właściwości klimatyczne, jak niemniej i ze względu na dodatnie działanie wód szczawnickich. Podobnie jak większość doświadczonych ftyzyoterapeutów nie uważa autor skłonności do krwotoków za przeciwwskazanie do pobytu takich chorych w wyżej położonych stacyach klimatycznych, w tym przypadku w Szczawnicy; oświadcza się tylko w takich razach za zachowaniem koniecznych ostrożności.

Spostrzeżenia powyższe, zebrane w latach od r. 1894 do 1897, objaśnione są tablicami, odnoszącemi się do dat meteorologicznych Szczawnicy i przytoczeniem historyi chorób pomyślnie przebiegających przypadków. *Dr. Z. W.*

Cruz Gonçalvez: **Poszukiwanie nasienia zapomocą odczynu Florencea** *(Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* 1898, Nr. 2). Odczyn, podany przez Florencea w roku ubiegłym, polega, jak wiadomo, na tem, że cząstka splamionej tkaniny, umieszczona w kropli wody, poddaje się działaniu roztworu jodu w jodku potasu i wodzie. (KJ_3 = 1·65 gr. I = 2·54 gr. H_2O = 30 grm.). Jeżeli badana plama zawierała nasienie ludzkie, wówczas powstają kryształy brunatnawe, z postaci podobne zupełnie do kryształków heminy. Rozmaite wydzieliny ustroju ludzkiego i nasienie zwierzęce nie tworzą z roztworem jodu kryształów. Sam Florence nie przypisuje swojej próbie znaczenia rozstrzygającego; służyć ma ona do badań wstępnych; dopiero oddzieliwszy zapomocą niej plamy z nasienia od innych plam, należy w pierwszych szukać plemników, jako stanowczego dowodu; resztę plam można pominąć, coby znacznie skracało czas badania. Wiadomo też, że Whitney uzyskał kryształki Florencea z nasienia królików, a Richter i inni z rozmaitych gnijących narządów zwierzęcych i ludzkich. Badania Cruza zmierzały do jeszcze ściślejszego określenia wartości odczynu Florencea, mianowicie do oznaczenia granicy czułości odczynu przy rozcieńczeniu nasienia wodą, oraz do stwierdzenia, czy odczyn powstaje lub nie po zmięszaniu nasienia z rozmaitemi wydzielinami ustroju. Cruz stwierdza, że rozcieńczając nasienie wodą przekroploną, można aż do granicy 1:100 otrzymać kryształy szybko i łatwo; do granicy 1:300 tworzą się one wolniej i trudniej. W rozcieńczeniu 1:350 tworzy się tak mało drobnych kryształów, że ich nie można prawie rozpoznać; wówczas należy, według pomysłu Viberta,

ogrzać preparat, a potem oziębić, przez co naprzód rozpuszczają się pierwsze drobne kryształki, a potem powstają liczniejsze i większe. W rozcieńczeniu 1:400 odczyn wypada zawsze ujemnie. Ze stanowiska praktyki sądowo-lekarskiej ważniejsze są wyniki badań Cruza, dotyczących nasienia zmięszanego z rozmaitymi płynami ustroju. Krew, zmięszana z nasieniem, nie tamuje odczynu, nawet, jeśli znajduje się w równej ilości; dopiero znaczna przewaga krwi przeszkadza odczynowi. Natomiast w nasieniu rozcieńczonem wodą (1:100), już małe ilości krwi niweczą powstanie odczynu. Tak samo działa mocz na nasienie rozcieńczone wodą; w nasieniu nierozcieńczonem wodą, a zmięszanem pół na pół z moczem, tworzą się jeszcze kryształy, lubo znacznie wolniej; znaczniejsza domieszka moczu (1:3—1:20) przeszkadza zupełnie odczynowi. Natomiast domieszki: śliny, śluzu z cewki moczowej i pochwy, kału i ropy nie wpływają wcale na tworzenie się kryształów. *S.*

Dr. A. Baginsky: **Dalsze wyniki leczenia błonicy surowicą, wedle spostrzeżeń w szpitalu dziecięcym cesarza Fryderyka w Berlinie.** *(Archiv f. Kinderheilkunde T. XXIV Z. 5/6).* Opierając się na poważnej liczbie, 21,324 przypadków, spostrzeganych w szpitalu, przychodzi autor do przekonania, że sprawa leczenia błonicy surowicą winna być uważana przez lekarzy praktycznych za rozwiązaną ostatecznie, a surowicę uważać należy, jako pewny środek leczniczy przeciw błonicy, jeżeli tylko w dostatecznej ilości i w okresie wczesnym zastosowaną zostanie. Co do wstrzykiwań ochronnych u dzieci, to, uwzględniając doświadczenie, nabyte w 584 przypadkach, należy wykonywać je li tylko w szpitalach, a nie w praktyce prywatnej

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. H. Ehret: **O stosunku czwórniaka (sarcina) do spraw kiśnienia w żołądku.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 744). Z wypitem mlekiem i piwem, ze spożytemi jarzynami i owocami, czwórniak, dostawszy się do żołądka, ginie bez śladu, jeśli żołądek jest zdrowy. Mnoży się jednak nierzadko w znacznym stopniu, gdy w tym żołądku zalegają pokarmy, czy to z powodu cieśni odźwiernika, czy też skutkiem niedomogi siły ruchowej żołądka. Obecność tego drobnoustroju w chorym żołądku może być obojętną, kiśnienie w papce pokarmowej wywołują inne drobnoustroje, czwórniak pozostaje tylko pasorzytem. Istnieją jednak przypadki, w których właśnie czwórniak jest przyczyną tej fermentacyi, której produktami są: wyskok CO_2, aldehyd, kwasy: octowy i mrówkowy. Żadne znane środki odkażające nie potrafią go z żołądka usunąć. Pozostają tylko zabiegi chirurgiczne, skierowane przeciw pierwotnemu cierpieniu.

Herman.

Arnstein Feliks (lekarz praktykujący w Kutnie): **Przyczynek do działania dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem.** *(Gazeta lekarska*, Nr. 9. 1898). Jak wiadomo, na międzynarodowym Zjeździe lekarskim, w Rzymie, r. 1894, podał węgierski lekarz Sziklei nowy, rzekomo nawet poronny, środek w zapaleniu płuc włóknikowem, w postaci chlorku pilokarpiny (w dawkach wielkich *pro die* 0·01—0·02 u dzieci, 0·1 u dorosłych w naparze wymiotnicy).

Autor próbował środka tego w pięciu przypadkach zapalenia płuc włóknikowego i doszedł do wręcz przeciwnego wyniku. Przedewszystkiem chlorek pilokarpiny jest lekiem niebezpiecznym (dla czynności serca), więc go nie można podawać u osób osłabionych, starych, u dzieci. Pozostaje tedy stosowanie go u ludzi silnych, młodych, a u tych zapalenie płuc przebiega zazwyczaj pomyślnie; przeto nawet brak podstawy do ocenienia działania korzystnego tego leku, a wielka możliwość złudzenia, do czego lekarze są tak pochopni.

W jednym nawet przypadku swoim widział autor pogorszenie choroby po zastosowaniu chlorku pilokarpiny, a może przyczynił się on do zejścia śmiertelnego, gdyż bezpośrednio po zażyciu nastąpił zapad.

Wprawdzie wywołuje on silne poty, jednak nigdy przełomu zapalenia autor nie widział. Przestrzega tedy, aby chlorku pilokarpiny zbyt chętnie nie stosować, a w każdym razie zachować wielką ostrożność, jeżeli się chce wogóle tego środka próbować i do własnego w tym względzie dojść zapatrywania. Zdanie autora nie jest odosobnione, bo znajdujemy podobne w literaturze niemieckiej.

Do podobnych uwag doprowadziło doświadczenie kliniczne, również M. Rosenberga, który nie uważa chlorku pilokarpiny za środek swoisty, ale przeciwnie potępia go zupełnie, mieniąc szkodliwym, wywołującym zatrucie ustroju. *(Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, B. 59).

Dr. Eljasz-Radzikowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo psychyatrów i neurologów w Wiedniu.

Posiedzenie z dnia 10 maja 1898 r.
Przewodniczący Prof. Krafft-Ebing.

1) Dr. Halban przedstawił 38-letniego chorego z drżączką: przypadek godny uwagi ze względu na młody wiek chorego, poprzedzający uraz, jako przypuszczalną przyczynę choroby i stałe zbaczanie języka w stronę prawą.

Z dwóch głównych objawów, znamionujących chorobę Parkinsona, najpierw wystąpiło u chorego drżenie, które i teraz jeszcze stanowi największą dolegliwość. Rozpoczęło się ono w wielkim palcu lewej ręki (lipiec roku 1897), a w przeciągu 3 do 4 tygodni zajęło rękę, ramię i nogę po tej samej stronie. Drżenie przeszło także na prawą rękę i ramię. Chory, człowiek wcale inteligentny, uważa drżenie prawej górnej kończyny za przeniesione, co jednak, wobec wzmożenia drżenia podczas ruchu, łatwo wykluczyć można. To samo można spostrzedz na lewej górnej kończynie, ale już w mniejszym stopniu. W prawej dolnej kończynie drżenie zjawia się napadowo.

Charcot, Oppenheim, Walz i inni podnoszą wzmożenie drżenia, jako ważny objaw dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy chorobą Parkinsona, a rozsianem wieloogniskowem stwardnieniem. Dowodem, że zdanie ich mylne, jest przedstawiony przypadek, w którym rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości. Gowers podał nawet przypadek, w którym drżenie występowało tylko podczas ruchów. Drżenie mięśni tułowia u tego chorego prędzej możnaby uważać za przeniesione, chociaż, wbrew zdaniu Charcota, dość często, jak wiadomo, spotyka się przypadki, w których mięśnie karku i głowy przyjmują samoistny udział w chorobie. Drżenie języka, które się wzmaga przy wyciąganiu, jest tylko napadowe i nieznaczne, póki on się znajduje w jamie ustnej.

Przy wysuwaniu język zbacza stale na prawo: zaniku ani ograniczenia ruchów nie widzimy. Chory nie jest w stanie podać nic dokładniejszego o tej nieprawidłowości, nienależącej bynajmniej do znanego zbioru objawów choroby Parkinsona, ponieważ nie zwróciła ona dotychczas jego uwagi.

Drugi główny objaw drżączki, wzmożone napięcie mięśni, znacznie słabiej rozwinęło się u chorego. Chociaż ruchy liczne w kończynach lewej strony nie bardzo utrudnione, to jednak postawa, a zwłaszcza pochylenie tułowia ku przodowi, na pierwszy rzut oka upewnia w rozpoznaniu.

Skłonności biegania naprzód, lub poruszania się w tył, nie było u chorego. Wyraz twarzy niezmienny, spojrzenie nieruchome, głos jednostajny, bez śpiewności. Siła mięśniowa lewej ręki i nogi zmniejszona. Odruchy kończyn dolnych znacznie wzmożone, bardziej po stronie lewej, niż po prawej; łatwo można wywołać drganie kolanowe i stopowe. Badanie oczu dało wynik ujemny. Od 5—6 miesięcy chory uskarża się na parestezye w lewej nodze, występujące pod postacią uczucia palenia, sięgającego od stawu biodrowego do kolana i uczucia napięcia lewej strony klatki piersiowej. Gowers uważa te parestezye za następstwa zmian naczynioruchowych. Innych zmian chorobowych wykazać nie było można.

Następnie Dr. Halban przystąpił do omówienia związku przyczynowego między urazem, a chorobą Parkinsona.

Chory, 38-letni parobek, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że

do 30 roku życia był zupełnie zdrów. W lutym 1890 roku przejechał go wóz, przyczem zostały mu złamane dwa żebra (5 i 6 lewe). Od tego czasu dostawał przy zmianie pogody bólów, rozpromieniających się, od miejsca złamania, w kierunku stawu barkowego; później, od roku 1894, bóle te występowały prawie codziennie, zwłaszcza zaś stale po pracy. W lipcu 1897 r. rozpoczęło się drżenie, które w wyżej podanym porządku zajęło wszystkie 4 kończyny.

Mimowoli nasuwa się myśl o znaczeniu urazu w etyologii drżączki; powodem tego jest niezwykle młody wiek, wystąpienie drżenia najpierw po stronie dotkniętej urazem, bóle rozpromieniające się od miejsca złamania ku barkowi, wreszcie boleśność 5 i 6 żebra przy ucisku. Nawet Charcot, który więcej podnosi znaczenie etyologiczne silnych wzruszeń, niż urazów mechanicznych, wymienia bóle gośccowe i nerwowe, które chorzy na drżączkę w wywiadach podają; zazwyczaj w tych przypadkach dowiadujemy się także o urazie. Związek, zachodzący pomiędzy chorobą Parkinsona a urazem, tłómaczą Charcot, Hitzig i inni zapalnemi sprawami, szerzącemi się od obwodu ku ośrodkom i wywołującemi rozległe objawy podrażnień szlaków ruchowych.

Gowers występuje przeciwko zdaniu niektórych autorów, którzy więcej znaczenia przypisują przestrachowi, towarzyszącemu każdemu urazowi, przypominając, że zwykle drżenie obejmuje najprzód kończynę dotkniętą urazem. Uważa on związek pomiędzy urazem a chorobą Parkinsona za tem prawdopodobniejszy, im wcześniej po urazie występują pierwsze objawy choroby. W przypadkach, w których dłuższy przeciąg czasu upływa od urazu do rozpoczęcia się choroby, zdaniem Gowersa tylko wtedy wolno tu myśleć o związku przyczynowym, jeżeli w tym okresie chory uczuwał bóle, osłabienie lub sztywność dotkniętej kończyny i jeżeli drżenie najpierw w tej kończynie się ukazało; są to warunki, którym przypadek przedstawiony w zupełności zadośćczyni.

Krafft-Ebing także podnosi znaczenie przyczynowe urazu w drżączce, a w wykładzie swoim w Towarzystwie psychyatrów i neurologów potwierdził zdanie Gowersa, wyliczając kilka przypadków, w których drżenie objęło najprzód zranioną kończynę.

Co do czasu, w którym występuje choroba Parkinsona po urazie, znajdujemy w literaturze tylko nie wiele pewnych danych, a te są zupełnie różne. Na 26 przypadków, zebranych przez Walza, w 8 drżenie wystąpiło tego samego dnia, w 7 „wkrótce“ lub w kilka dni, w 7 po upływie 4 do 8 miesięcy, a w 4 po upływie do 4 lat. W przypadku Dra Halbana objawy drżączki wystąpiły dopiero w 7 lat po urazie.

W dyskusyi zabrał głos docent Frankl-Hochwart, przypominając znane przypadki drżenia histerycznego, które zupełnie naśladowało chorobę Parkinsona i zwrócił uwagę na to, że może niektóre przypadki drżączki pochodzenia urazowego były właśnie takiemi źle rozpoznanemi drżączkami histerycznemi. Najważniejszym objawem różniczkowym jest, według Frankla, stan czucia i dlatego żądał, pod tym względem, wyjaśnień od prelegenta.

Dr. Halban zapewnił, że zboczeń czucia u chorego nie znalazł, a w przypadkach, zebranych przez Walza, rozpoznanie, zdaje się, było zupełnie pewnem.

Prof. Krafft-Ebing podniósł słuszność uwag docenta Frankla i prosił o pozwolenie przywołania z swojej kliniki histeryczki z drżeniem w całem ciele, podobnem do choroby Parkinsona. Porównując oba przypadki Krafft-Ebing mówił o objawach ważnych dla rozpoznania różniczkowego; w danym jednak przypadku zgodził się w zupełności na rozpoznanie Dra Halbana.

2) Dr. Karplus przedstawił przypadek połowiczego bólu głowy z okresowem porażeniem mieśni ocznych (migraine ophtalmoplegique).

Ojciec chorej miewa dość częste napady połowiczego bólu głowy, rozpoczynające się od mroczków migotnych (migraine ophtalmique). Chora, dziewczynka 11-letnia, miewa od 3 lat napady lewostronnego bólu głowy, połączonego z nudnościami i wymiotami, które trwają od pół do 4 dni. Od początku choroby, równocześnie z napadem lub podczas jego trwania, występowało opadanie lewej górnej powieki, które czasem o kilka dni dłużej trwało, aniżeli ból głowy. Przerwy pomiędzy napadami były różne, od 1—4 tygodni, a podczas nich chora z początku miała się zupełnie dobrze; od roku stale widzi podwójnie, a rodzina chorej spostrzegła stałe »zmniejszenie oka lewego«.

Przedstawiony przypadek należy do szeregu cierpień, znanych pod nazwą okresowego porażenia nerwu okoruchowego. Dr. Karplus wspomniał o 2 podobnych przypadkach, już ogłoszonych (Richter, Karplus), w których sekcya wykazała guzy na podstawie mózgu, uciskające na pnie nerwu okoruchowego. W tych 2 przypadkach połowiczy ból głowy był tylko cierpieniem objawowem. Wogóle istnieją różne zapatrywania na istotę tego ciepienia. Prelegent przytoczył przypadek z ambulatoryum chorób nerwowych prof. Krafft-Ebinga, w którym, w przerwach pomiędzy napadami połowiczego bólu głowy, spostrzegano, obok niedowładu górnego mięśnia prostego, brak oddziaływania źrenicy tego samego oka przy niezmienionej jej wielkości. W tym przypadku przypuszczano sprawę w jądrze nerwu. Wogóle, trzeba mieć zawsze w tych razach na uwadze, czy mamy do czynienia z rodzimym połowiczym bólem głowy, czy też z objawowym. W przypadkach rodzimego połowiczego bólu głowy lekkie opadnienie powieki nie należy bynajmniej do wyjątków; objaw ten, w tych razach, jest zapewne wywołany przez sprawę korową. Jeżeli jednak, w przypadkach połowiczego bólu głowy, niewątpliwie rodzimego, mamy porażenie nerwu okoruchowego, całkowite lub dotyczące tylko pewnych gałązek, wtedy możemy przypuszczać zaburzenia w krążeniu, w jądrach tego nerwu lub na podstawie mózgu. Zdaniem Dra Karplusa histerya podobnych objawów nie wywołuje; w literaturze przynajmniej nie znalazł przypadku porażenia histerycznego pojedyczych mięśni ocznych; również wątpi w znaczenie kiły, jako czynnika przyczynowego.

Dr. Karplus sądzi, że i w przedstawionym przypadku rozwija się jakaś sprawa chorobowa w okolicy jądra nerwu okoruchowego.

3) Dr. Pilcz wygłosił odczyt o marzeniach sennych, opierając się na spostrzeżeniach osobistych, jak również na spostrzeżeniach poczynionych przez inne osoby.

Dr. Pilcz zaznacza, że ilość marzeń sennych i ich jaskrawość znajdują się w stosunku wprost odwrotnym do głębokości snu; im sen jest twardszy tem mniej marzymy. Najżywsze przeto marzenia zjawiają się na tle naszej świadomości wtedy, kiedy mózg dostatecznie wypoczął, a więc w chwili poprzedzającej bezpośrednio przebudzenie się. (Sprawozdanie oryginalne).

Dr. Halban.

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Zarys programu ósmego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1 do 3 sierpnia 1898 r.

I. Organizacya Zjazdu.

Zarząd: Dr. Heliodor Swięcicki, przewodniczący. Dr. Artur Jaruntowski, sekretarz jeneralny. Dyrektor M. Więckowski, podskarbi.

Komitet gospodarczy: Ks. dziekan Antoniewicz, Radca Dr. Bantkowski, Dr. Broekere, Szambelan Cegielski, Dr. Celichowski, Józef Chłapowski, Dr. J. Chrzanowski, Książę Zdzisław Czartoryski, Antoni Dembiński, Dr. Drobnik, Hr. Engestroem, Radca Dr. Gąsiorowski, Ks. Prałat Goebel, Dr. Leon Grabski, Dr. Lucyan Grabski, Dr. W. Grodzki, Ks. Dr. Hejnowski, B. Jagielski, Adam Janowski, S. Jasiński, Dr. Jarnatowski, Poseł Jerzykiewicz, Dr. St. Jerzykowski, Dr. Kapuściński, Dr. Karchowski, Radca Dr. Koehler, Dr. Kożuszkiewicz, Dr. Krysiewicz, Dyrektor Dr. Kusztelan, Hr. Mieczysław Kwilecki, Dr. Leon Mieczkowski, Dyrektor Motty, Dr. Pomorski, Ks. Piotrowicz, Radca Dr. Rakowski, Dr. Rudzki, Dr. Rzewuski, Dr. Stan, Dr. Tadeusz Szułdrzyński, Dr. Zygmunt Szułdrzyński, St. Twardowski, Dyrektor Walżyk, Ks. szambelan Wawrzyniak, Dr. Zakrzewski, Radca Dr. Zielewicz, Dr. Adam Żółtowski.

Komitet wystawowy: Stefan Barcikowski, F. Biskupski, Czepczyński, Dr. Drobnik, J. Jasiński, B. Kasprowicz, A. W. Kasprowicz, J. Paczkowski, Dr. Jan Panieński, St. Pflitzner, Dr. L. Rekowski, Śniegocki, B. Szulczewski, W. Urbanowski, Inżynier Zakrzewski, Ziętkiewicz.

Komitet redakcyjny: Radca Dr. Fr. Chłapowski,

Dr. Erzepki, Dr. Kantecki, Radca Dr. Koehler, K. Kozłowski, Fr. Krysiak, Dr. Krysiewicz, Dr. Wł. Łebiński, Wal. Łebiński, Syndyk i poseł Dr. Mizerski, Inżynier Skrzydlewski, Dr. Bog. Wicherkiewicz.

Komitet dla mieszkań, uroczystości, zabaw i wycieczek: Stefan Barcikowski, Dr. Broekere, Władysław Chrzanowski, B. Jagielski, Dr. Kapuściński, Jan Leitgeber, Jarosław Leitgeber, St. Twardowski, St. Wegner, Dr. Zakrzewski.

Komitet dla pań: Radczyni Batkowska, Szambelanowa Cegielska, Radczyni Chłapowska, Józefowa Chłapowska, Dr. Chrzanowska, Dr. Erzepkowa, Dr. Grodzka, Dr. Jerzykowska, Dr. Kapuścińska, Dr. Kożuszkiewiczowa, Dr. Pomorska, Mecenasowa Seydowa, Dr. Święcicka, Dr. Wicherkiewiczowa, Dr. Zakrzewska, Radczyni Zielewiczowa.

II. Dział naukowy.

Pojedyńcze sekcye:

1) Sekcya dla medycyny teoretycznej, — wprowadzający gospodarz: Radca Dr. Batkowski, sekretarze: Dr. Jan Panieński i Dr. Holtzer.

2) Sekcya dla higieny i medycyny sądowej, — gosp. Radca Dr. Gąsiorowski, sekr. Dr. Chachamowicz.

3) Sekcya dla medycyny wewnętrznej, — gosp. Dr. Jerzykowski, sekr. Dr. St. Szuman i Dr. Zakrzewski.

4) Sekcya dla chirurgii, — gosp. Dr. Drobnik, sekr. Dr. Krysiewicz i Dr. Broekere.

5) Sekcya dla ginekologii, — gosp. Dr. Święcicki, sekr. Dr. Pomorski i Dr. Chrzanowski.

6) Sekcya dla okulistyki, — gosp. Dr. B. Wicherkiewicz, sekr. tegoż asystent.

7) Sekcya dla prasy lekarskiej polskiej, — gosp. Dr. Święcicki, sekr. Dr. Jaruntowski.

8) Sekcya dla weterynaryi, — gosp. p. Starkowski.

9) Sekcya przyrodniczo-rolnicza, — gosp. Dr. L. Mieczkowski, sekr. Dr. T. Szułdrzyński.

10) Sekcya matematyczno-fizyczna, — gosp. prof. Dr. Wituski.

11) Sekcya chemiczna i farmaceutyczna, — gosp. Dr. Karchowski, sekr. p. Fr. Alkiewicz.

12) Sekcya geologiczna i botaniczna, — gospod. Dr. Marten.

13) Sekcya zoologiczna, — gosp. Dr. Marten.

Odczytów zgłoszono na Zjazd do 20 maja, 160.

III. Ogólny porządek dzienny.

Niedziela, dnia 31 lipca.

Wieczorem o godzinie 9 zebranie towarzyskie w hotelu „Victoria“ przy ulicy Berlińskiej, celem wzajemnego poznania się.

Poniedziałek, dnia 1 sierpnia.

O godzinie $8^{1}/_{2}$ rano: Uroczyste nabożeństwo w kościele farnym.

O godzinie 10: Pierwsze ogólne posiedzenie w Teatrze polskim.

1) Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Wydziału gospodarczego.

2) Wybór prezesa, wiceprezesa i sekretarzy ogólnych posiedzeń Zjazdu.

3) Powitanie uczestników VIII Zjazdu w imieniu obywatelstwa polskiego miasta Poznania.

4) Przemówienia delegatów i odczytanie telegramów.

5) Wykłady: a) prof. Dra Kostaneckiego z Krakowa: „O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii“. b) Prof. Dra Natansona z Krakowa: „O zasadniczych prawach materyi i energii“. c) Prof. Dra Ign. Baranowskiego z Warszawy: „Gruźlica jako sprawa społeczna“.

6) Pan Jan Szczepanik przedstawi swój dalekowidz (telektroskop).

7) Wnioski co do miejsca i czasu następnego, t. j. IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

8) Sprawozdanie komisyi wykonawczej poprzedniego, to jest VII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

9) Wnioski.

O godzinie 3 po południu posiedzenia sekcyjne.

O godzinie 6 wieczorem uczta w Bazarze, dana przez Wydział gospodarczy dla członków i uczestników Zjazdu. Wieczorem koncert w ogrodzie zoologicznym.

Wtorek, dnia 2 sierpnia.

O godzinie ósmej rano: Zwiedzanie miasta, szpitali i wystawy.

O godzinie 9 rano i o 4 po południu posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem o godzinie 9 bal w Bazarze, dany na cześć VIII Zjazdu przez obywateli polskich Księstwa.

Środa, dnia 3 sierpnia.

O godzinie 8 rano zwiedzanie miasta i wystawy.

O godzinie 9 posiedzenia sekcyjne.

O godzinie 4: Drugie ogólne posiedzenie w Teatrze polskim.

1) Ostateczny wybór miejsca i czasu na IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

2) Wykład Dra Biegańskiego z Częstochowy: „Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia“.

3) Wykład Dra E. Flataua z Berlina: „O najnowszych poglądach na budowę układu nerwowego“ z demonstracyami.

4) Referat w sprawie sanatoryj ludowych dla suchotników.

5) Wnioski poszczególnych sekcyj i uchwały.

6) Zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego wydziału gospodarczego.

7) Pożegnanie.

O godzinie 9 wieczorem uczta pożegnalna w Bazarze.

Czwartek, dnia 4 sierpnia.

Wspólna wycieczka do Gniezna, Inowrocławia i Kruświcy.

IV. Wystawa.

Wystawa podzieloną będzie na następujące działy:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Higiena 1) Ogrzewanie, 2) Oświetlenie, 3) Wentylacya, 4) Wodociągi i kanalizacya, 5) Łazienki, 6) Dezynfekcya, 7) Gimnastyka lecznicza itd. 8) Odzienie.

Nauka lekarska: 1) Anatomia, 2) Fizyologia, 3) Psychofizyologia, 4) Patologia: a) ogólna, szczegółowa) 5) środki farmaceutyczne, 6) Seroterapia i serodyagnostyka, organoterapia, 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka i t. d. 8) Elektroterapia i elektrodyagnoza (Roentgen).

IV Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne, 2) Przetwory mleczne, 3) Przetwory mączne, 4) Konserwy, 5) Napoje alkoholiczne, 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne, 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska, 2) Rolniczo przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika, 2) Zoologia i paleontologia, 3) Mineralogia i geologia, 4) Fizyka 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne przyjmuje p. Dr. Jan Panieński, Poznań, ulica Lipowa, inżynier Zakrzewski, ulica Rycerska i p. A. W. Kasprowicz, Fryderykowska 5.

Wystawa odbędzie się w dniach 1, 2 i 3 sierpnia r. b. w Poznaniu na sali Lamberta (Odeum).

V. Bliższe szczegóły.

Komisarzami VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu mianował Komitet gospodarczy na Warszawę: Dra Karola Rychlińskiego (Krucza 35), na Kraków: prof. B. Wicherkiewicza, na Lwów: c. k. radcę prof. Dra Rydygiera, na Wilno: Dra J. Strzemińskiego (Trocka), na Paryż: Dra Motza (Paris 45, Bd. St. Michel).

Karty uczestnictwa odbierać mogą uczestnicy Zjazdu już teraz, nadsyłając na ręce podskarbiego Wydziału gospodarczego, p. Dyrektora Więckowskiego, (Poznań, Bank przemysłowców), 20 marek; bilety dla pań, kosztują 5 marek. Karta uczestnictwa uprawnia do brania udziału w obradach Zjazdu i do bezpłatnego otrzymania: a) jednego egzemplarza Pamiętnika Zjazdu, b) Dziennika Zjazdu, c) biletu wstępu na wystawę i biletu na koncert, d) udziału w bankiecie, e) odznaki uczestnictwa w Zjeździe. Panie otrzymają także odznakę uczestnictwa i biorą udział w posiedzeniach publicznych, wycieczkach, bankiecie, koncercie, wystawie i zwiedzaniu miasta. Komitet, składający się z pań, postara się uprzyjemnić uczestniczkom Zjazdu pobyt w Poznaniu.

Członkowie VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymają bezpłatnie w biurze Wydziału gospodarczego kokardy niebieskie z laską Eskulapa. Członkowie Wydziału gospodarczego mieć będą rozetki niebieskie. Młodzież i obywatele, dający pomoc Wydziałowi gospodarczemu na dworcu, zabawach itd., mieć będą odznakę białą.

W sprawie mieszkań radzimy już teraz zgłaszać się do p. dra Kapuścińskiego (ul. Wilhelmowska 11), dodając zarazem, czy mieszkanie ma być bezpłatne lub w hotelu, i jakie życzenia w danym razie co do mieszkania mają szan. uczestnicy.

Na dworcu centralnym oczekiwać będą gości członkowie komitetu i to od niedzieli 31 lipca, począwszy od godziny 11 przed południem.

Biuro Zjazdu znajdować się będzie przy ulicy Berlińskiej, w Resursie (Teatr polski). Ogólne posiedzenia odbywać się będą w Teatrze polskim, przy ulicy Berlińskiej. Lokale dla pojedyńczych sekcyi później ogłosimy.

Wystawa przyrodniczo-lekarska urządzona będzie na sali Lamberta, ulica Piekary. Otwarcie wystawy nastąpi w poniedziałek 1 sierpnia, o godzinie 1 w południe.

„Dziennik Zjazdu“ wychodzić będzie w czasie Zjazdu codziennie o godzinie 7 rano. Uczestnicy otrzymają odnośne numera Dziennika za pokwitowaniem na karcie uczestnictwa w biurze Zjazdu w Resursie. „Dziennik Zjazdu“ zawierać będzie program odnośnego dnia, wykaz wygłoszonych w dniu poprzednim odczytów, różne wiadomości informacyjne, tyczące się Zjazdu i spis uczestników. Aby spis taki był dokładny, upraszamy przy nadesłaniu składki na kartę uczestnictwa o podanie dokładnego i czytelnego adresu, rangi i miejsca zamieszkania.

Bankiet, w czasie Zjazdu, oraz bal, dany przez obywatelstwo wielkopolskie, odbędzie się w Bazarze przy ulicy Wilhelmowskiej, koncert zaś w Ogrodzie zoologicznym za bramą Berlińską, dokąd elektryczne tramwaje dochodzą z miasta co 5 minut.

Uczestnicy, pragnący wziąść udział we czwartek dnia 4 sierpnia w wspólnej wycieczce do Gniezna, Inowrocławia i Kruświcy raczą już w czasie Zjazdu zgłosić się do wydziału zajmującego się wycieczką. Ponieważ wycieczka odbędzie się nadzwyczajnym pociągiem i ponieważ wydział gospodarczy jest poprzednio zobowiązany donieść dyrekcyi kolei żelaznej, jaka ilość uczestników weźmie udział w wycieczce, przeto rychłe zgłoszenie się pragnących wziąść udział w wycieczce jest konieczne.

Zwiedzanie miasta odbywać się będzie w kilku partyach i to pod przewodnictwem członków komitetu, którzy postarają się na każdą osobliwość miasta dokładną zwrócić uwagę szan. gości.

W lipcu wyda komitet gospodarczy obszerny i uzupełniony program Zjazdu. Aż do tego czasu komitet gospodarczy chętnie przyjmie wszelkie życzenia i propozycye, dotyczące się Zjazdu i starać się będzie, aby życzeniom szanownych uczestników zadość uczynić i pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić. W sprawach Zjazdu, oraz z odczytami, zgłaszać się należy do prezesa Zjazdu p. dra H. Święcickiego (pałac Działyńskich), lub do sekretarza jeneralnego p. dra Jaruntowskiego (ul. Wilhelmowska 16).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 2 Czerwca.

* Prezes Towarzystwa lekar. krakowskiego otrzymał następujące pismo:

»W poniedziałek, dnia 6 czerwca, o godzinie 7-mej wieczorem, odbędzie się w lokalu Towarzystwa technicznego (Rynek główny, L. 17, II piętro) wykład o projekcie wodociągów krakowskich, ilustrowany przedstawieniem odnośnych planów, na który mamy zaszczyt najuprzejmiej zaprosić niniejszem Szanownych członków Towarz. lekar. krakowskiego.

Ciesząc się nadzieją, że zaproszenie nasze łaskawie przyjętem będzie, łączymy wyrazy wysokiego poważania«.

Sekretarz: *Śmiałowski.* Prezes: *R. Ingarden.*

* Od prof. Bujwida otrzymujemy list następujący:

Na dosyć liczne zapytania, które otrzymuję w ostatnich czasach, co do skuteczności przyrządu desinfekcyjnego Scheringa, muszę tutaj w krótkości podać tymczasowe wyjaśnienie, które uzupełnię wkrótce, gdy próby w Zakładzie moim rozpoczęte, ukończone zostaną.

Obecnie zaznaczyć muszę, że przyrząd ten, polegający na odparowaniu pastylek spolimeryzowanej (suchej) formaliny, o ile dotąd sprawdzić zdołałem, nie odpowiada oczekiwaniom. Nawet dosyć silna koncentracya pary, w ten sposób otrzymanej, nie daje wyników zadawalniających. Bakterye błonicze, gruźlicze, a nawet ropne, mianowicie wilgotne i w grubszej warstwie ułożone, pozostają przy życiu. A zatem desinfekcya nie ma miejsca.

Do obecnej chwili nie możemy jeszcze liczyć na przyrząd Scheringa. Prof. *O. Bujwid.*

Lekarze Polacy, praktykujący w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych: Abbazia: Dr. Ebers (w zimie). Baden pod Wiedniem: Dr. Kümmerling. Biaritz: Dr. Bohdanowicz. Birsztany: Dr. Zahorski. Bojarka: Dr. Sadowski. Busko: Dr. Majkowski, Dr. Dymnicki, Dr. Grabowski, Dr. Radziszewski, Dr. Sulimirski. Bystra: Dr. Jekeles. Ciechocinek: Dr. Arnstein, Dr. Osterblum, Dr. Certowicz, Dr. Ciągliński, Dr. Górski, Dr. Ruppert. Cieplice czeskie: Dr. Hanakowski. Cieplice Trenczyńskie: Dr. Filipkiewicz, Dr. Radecki. Czarniecka Góra: Dr. Misiewicz, Dr. Wojciechowski. Druskieniki: Dr. Bujakowski. Elster: Dr. Błociszewski. Eichwald. Dr. Kuryś. Eggenberg: Dr. Ortyński. Francensbad: Dr. Karol Dębicki, Dr. Jan Rosner, Dr. Kittel. Gleichenberg: Dr. Bulikowski. Grodzisko: Dr. Tokarski. Inowrocław: Dr. Krzymiński, Dr. Przybyszewski, Dr. Rakowski. Iwonicz. Dr. Klemens Dębicki, Dr. Rościszewski. Jastrzębie (Königsdorf-Jastrzomb): Dr. Witczak. Jaworze-Ernsdorf: Dr. Medwey, Dr. Czop. Karlsbad: Dr. Hassewicz, Dr. Hochberger, Dr. Kaufmann (syn), Dr. Kretowicz, Dr. Stiche, Dr. Töpfer, Dr. Tugendhat. Kiselka: Dr. Kowalski. Kissingen: Dr. Chłapowski. Kołobrzeg: Dr. Weissenberg. Kraljewica: Dr. Grodecki. Krasnobród: Dr. Skłodowski. Krynica: Dr. Aronsohn, Dr. Askenazy, Dr. Blatteis, Dr. Cercha, Dr. Ebers, Dr. Garbusiński, Dr. Glücksmann, Dr. Gębarzewski, Dr. Kmietowicz, Dr. Kopff, Dr. Lorentski, Dr. Roth, Dr. Skórczewski, Dr. Tyszecki, Dr. Wąsowicz. Krzeszowice: Dr. Dura. Landeck: Dr. Ostrowicz, Dr. Pomorski. Lubień: Dr. Wernicki (syn). Maryenbad: Dr. Harajewicz, Dr. Kaufmann, Dr. Prager. Meran: Dr. Binder, Dr. Brühl (zimą. Morszyn: Dr. Zopoth. Nałęczów: Dr. Chmielewski, Dr. Sacewicz, Dr. Chełchowski, Dr. Puławski. Nauheim: Dr. Jankowski. Nizza: Dr. Tymowski. Norderney: Dr. Panieński. Nowe-Miasto: Dr. Biliński, Dr. Skowroński. Odesa (Limany): Dr. Jachimowicz. Ojców: Dr. Niedzielski. Pohulanka (koło Dynaburga): Dr. Aronet i Dr. Noiszewski (okulista). Rabka: Dr. Głuchowski, Dr.

Kaden, Dr. Lang. Reichenhall: Dr. Z. Goldschmidt. Reinerz: Dr. Stan. Rymanów: Dr. Dukiet, Dr. Jodłowski, Dr. Regiec, Dr. Śliwiński. San Remo: Dr. Ostrowicz (zimą). Sassów: Dr. Mazanek. Sławuta: Dr. Dobrzycki, Dr. Dzierzbicki, Dr. Przesmycki. Solec: Dr. Daniewski, Dr. Kosicki. Swoszowice: Dr. Zeitner. Szczawnica: Dr. Górski, Dr. Hammerschlag, Dr. Kołączkowski, docent Dr. L. Korczyński, Dr. Kruszyński, Dr. Ściborowski. Truskawiec: Dr. Krzyżanowski E., Dr. Pelczar, Dr. Plech, Dr. Steinhaus. Vichy: Dr. Biernawski. Wysowa: Dr. Jarosz. Zakopane: Dr. Buzdygan, Dr. Chramiec, Dr. Chwistek, Dr. Gaik, Dr. Hawranek, Dr. Janiszewski, Dr. Tyszkiewicz. Żegiestów: Dr. Brühl.

* Na 105 autorów, którzy do tej pory zapowiedzieli odczyty na Zjazd poznański, przypada: na Warszawę 57, na Kraków 12, na Pragę 7, na Poznań 6, na Lwów 4. Poza temi miejscowościami zgłosiło się prelegentów: z pod zaboru rosyjskiego 8, z pod zaboru pruskiego 3, z zagranicy 7, z Galicyi 1 i z niepodanego miejsca pobytu 3.

(R.) Ministeryum spraw wewnętrznych wystawiło na odbywającej się obecnie Wystawie jubileuszowej kartogramy, które posiadają dla spraw naszego zdrowia publicznego doniosłe i ostrzegające znaczenie: śmiertelność z ospy wynosiła w r. 1896 w całej Austryi, bez Galicyi i Bukowiny, 64 osób, a z tych 32 — w Krainie; w Galicyi zaś i Bukowinie w tymże roku 1896 umarło z ospy osób 796.

Dwa kartogramy uwidoczniają śmiertelność z błonicy: gdy jeszcze w r. 1878 umarło na błonicę w Austryi całej 56,973 osób, liczba ta po latach 18, t. j. w r. 1896, wynosiła tylko 27,059 rocznie, a wynik ten jeszcze byłby lepszy, gdyby nie Galicya, w której śmiertelność z błonicy utrzymuje się na dawnej stopie.

Nie ulega wątpliwości, że społeczeństwo galicyjskie sobie musi przypisać winę tej tak wysokiej śmiertelności z ospy i błonicy. Jeśli jednak szczepienia ochronne przeciw ospie z każdym rokiem obejmują szersze obszary i można mieć nadzieję, że pod tym względem w przyszłości statystyka będzie pomyślniejszą, to pozostanie w Galicyi na dawnej wysokości odsetka śmiertelności z błonicy spada całym ciężarem na nas, gdyż dowodzi, że surowica przeciwbłonicza niema należytego u nas zastósowania. Już tyle razy nawoływał prof. Bujwid, że ustępuje surowicę po cenie najniższej w Europie, a w miarę możności i darmo udzielać będzie; w razie zaś zmętnienia wymienia na świeżą, byle znajdowała się pod ręką lekarza, bo przecież na szybkiem przystąpieniu do wstrzykiwań polega skuteczność tej metody, a jednak, o ile nam wiadomo, prócz Rady pow. bocheńskiej, żaden inny powiat, żadna gmina nie uchwaliły najmniejszego ryczałtu na zakupno i posiadanie surowicy przeciwbłoniczej. Kraj byłby wdzięczny Wydziałowi krajowemu, gdyby ta najwyższa magistratura zechciała zawezwać podwładne sobie władze powiatowe i gminne do stałych w tym względzie zarządzeń. Wszak te kartogramy wystawowe, to poprostu wystawa naszej niezaradności i upokorzenia.

* Rządowy egzamin fizykacki złożyli następujący doktorowie medycyny: Stanisław Janikiewicz, Piotr Jarocki, Stanisław Kaczyński, Wawrzyniec Kurzyniec, Leon Peterseim i Roman Serkowski.

* Stopień doktorów medycyny w Uniw. Jagiell. otrzymali. Stanisław Kubisztal, Józef Małaniuk i Jakób Scharf.

* Po $1^1/_2$-rocznem przebywaniu w Afryce, powrócił Dr. R. Koch do Berlina, owacyjnie witany na dworcu poczdamskim.

* W niemieckiej wyprawie do bieguna północnego, która wyruszyła 26 maja, bierze udział asystent Instytutu fizyologicznego w Berlinie, Dr. Brühl. Zadaniem jego będą badania histologiczno-anatomiczne, bakteryologiczne i hemologiczne pod różnemi szerokościami geograficznemi.

(B.) W Towarzystwie Lekarskiem w Hamburgu odbyła się w końcu zeszłego roku obszerna rozprawa nad znajdowaniem bakteryj durowych w mleku. Wilckens znalazł, że od 1 sierpnia do 7 września zachorowało w Hamburgu 162 osoby, z których u 82 można było wyraźnie stwierdzić zależność wystąpienia zakażenia od spożycia mleka. Stosuje się to głównie do kobiet i dzieci, które używały surowego mleka, pochodzącego przeważnie z jednej miejscowości. Podniesiono przy rozprawie wielkie znaczenie gotowania mleka przed jego użyciem. Należałoby zwrócić uwagę na studnie i ich urządzenie w podworcach, gdzie znajdują się obory (»D. Med. Woch.«, 21).

(B.) Dr. Lidya Rabinowicz, uczennica prof. Kocha w Berlinie, została mianowana prof. Bakteryologii w Uniwersytecie kobiecym w Filadelfii. (»D. Med. Woch.«, Nr. 21).

(B.) Wydawanie lodu dla chorych w Dreźnie odbywa się w ten sposób, że chłodnia miejska targowa urządziła dzienną i nocną sprzedaż lodu przez osobnego służącego. Lód ten, przygotowany z wody wodociągowej, jest zupełnie czysty i do użytku wewnętrznego przydatny. (»D. Med. W.«. Nr. 21).

Mianowani: Asystenci w berlińskim Instytucie chorób zakaźnych: Kossel i Wassermann otrzymali tytuł profesorski. Docenci w Bonn: Peters, Schmidt i Jores otrzymali tytuł profesorski. Długoletni asystent Prof. Olshausena Doc. Gebhardt zastępować będzie w bieżącem półroczu profesora kliniki położniczej w Gryfii. Wiedeńscy docenci: Heitler, v. Limbeck, Felsenreich, v. Zeissel, Frühwald i Frankl v. Hochwart otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Witold Jaroszyński, wychowaniec kijowskiego uniwersytetu, wychodźca, lekarz okręgowy w Szczurowicach, zmarł nagle w Brodach, licząc lat 60. Dr. Halberstma, profesor ginekologii i położnictwa, zmarł w Utrechcie. Dr. José Lopez Alonso, prof. kliniki chorób wewnętrznych w Salamance. Dr. Marschall, b. profesor sądowej medycyny w Brystolu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Nr. 9: Dra Jaworskiego J.: Przypadek niedorozwoju przewodu rodnego. W *Medycynie* Nr. 21: Dra Kopczyńskiego St.: Przyczynek do stósowania promieni Röntgena przy rozpoznawaniu chorób wewnętrznych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 21: Dra Sędziaka J.: Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastósowania promieni Röntgena przy tętniakach. Dra Arnsteina F.: Przypadek tyfusu brzusznego o niezwykłym przebiegu, zakończony śmiercią w końcu 6-go tygodnia choroby, skutkiem posocznicy, z niezwykłemi umiejscowieniami sprawy septycznej. Dra Ciaglińskiego A.: O dezynfekcyi i profilaktyce w praktyce lekarskiej (dok.). W *Medycynie* Nr. 22: Downarowiczowej E.: Przypadek choroby Erba. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 22: Nenckiego, N. Sieberowej i E. Szumow-Simanowskiej Odtruwanie toksyn za pomocą soków trawiennych. Finkielkrauta B.: Przyczynek do kazuistyki ciąży zewnątrzmacicznej na podstawie jedenastu przypadków. Dra Sędziaka J.: Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowania promieni Röntgena przy tętniakach aorty. W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 5: Idzikowskiego: Chloroform w dentystyce. Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów (c. d.). Krakowskiego: Przypadek wznówki ropotoku zębodołowego. Lindy: Jeszcze kilka słów o »złocie solila«.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. Wicherkiewicz: Xeroform in der Augentherapie (odbitka z Nr. 32 »Wochenschr. für Therapie und Hygiene des Auges«).

— Dr. Opiński J.: O stósowaniu w płonicy surowicy przeciwpaciorkowcowej wyrobu prof. Bujwida. Warszawa, 1898.

— Přednášky členů českého poselstva na XII mezinárodnmi sjezdu lékřském w Moskvě. Praga, 1898.

— Pamiati Iwana Minkiewicza, dra mediciny Tyflis, 1898. (Wspomnienie pośmiertne).

Dr. Skałkowski Br.: O krwotokach w położnictwie. Lwów, 1898 rok.

— Dr. Jeż W.: Ueber die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenem Abdominaltyphus. Wiedeń, 1898.

— Doc. Dr. Drozda J.: Grundzüge einer rationellen Phthiseotherapie (Heilung der Tuberculose). Wiedeń, 1898.

— Dr. Ciechanowski St. i Doc. Dr. Nowak J.: Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi. Warszawa, 1897.

— Doc. Nowak J.: Ein neues, von der Firma C. Reichert construirtes Mikrotom. 1897, (odbitka).

— Tenże: Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Amyloidosis. Berlin. 1898, (odbitka).

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek:
List otwarty Dra Lorentskiego z Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**